

**DOC. 1**  
**(PROCURAÇÃO E**  
**DOC. ANEXOS)**



**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE:**

Nome: <b>ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA – REPRESENTADO POR: ANTONIA APARECIDA RODRIGUES (MÃE)</b>		Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	
Estado Civil: <b>Solteira</b>	Profissão: <b>Do Lar</b>	RG: <b>368349767</b>	
CPF: <b>303.400.818-05</b>	Residência: <b>Rua- Pedro de Paula Barros,28</b>		
Bairro: <b>Colônia</b>	Cidade / UF <b>Maracanaú/ CE</b>	CEP: <b>61.900-000</b>	Fone: (85) <b>85-8507-7187</b>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Barão de Studart, nº 2360 sala 306 – Torre Empresarial Quixadá – Joaquim Távora - Fortaleza/Ceará - CEP 60.120-002, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza -CE, 14/03/2012

Antonia Aparecida Rodrigues

**OUTORGANTE**

OBS:

20

Serviço de Registro  
Civil e Tabelionato  
DISTRITO DE SOUSAS  
Comarca de Campinas  
PAULO ROBERTO RIZZO  
- OFICIAL INTERINO -  
C.P.F. 018.618.182/99



Serviço de Registro  
Civil e Tabelionato  
DISTRITO DE SOUSAS  
Comarca de Campinas  
PAULO ROBERTO RIZZO  
- OFICIAL INTERINO -  
C.P.F. 018.618.182/99

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Distrito de Sousa, Município e Comarca de Campinas, Estado de São Paulo

PAULO ROBERTO RIZZO  
Oficial Interino



CERTIFICADO

que, as folhas 232-V, do livro A nº 053 de Registro de Nascimento, sob nº de ordem 8.030, foi lavrado e assento de ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA, nascida no dia vinte e sete de dezembro de mil novecentos e noventa e sete (27/12/1997), às duas horas e cinco minutos, no Hospital Municipal São Sebastião, em Pedra Branca, Estado do Ceará, do sexo feminino.

Filha de PAULO CEZAR TEIXEIRA LIRA, e de ANTONIA APARECIDA RODRIGUES.

Sendo avós paternos FRANCISCO TEIXEIRA e FRANCISCO TEIXEIRA LIRA e avó materna MARIA RODRIGUES FILHA.

Foram declarantes OS PAIS.

Registro lavrado no dia 10 de maio de 1999.  
Observações: Não é gêmeo. Primeira Via  
O referido é verdade e dou fé.  
Sousas, 10 de maio de 1999.

*Paulo Roberto Rizzo*

PAULO ROBERTO RIZZO  
TABELIZO/OFFICIAL

DN

Serviço de Registro  
Civil e Tabelionato  
DISTRITO DE SOUSAS  
Comarca de Campinas  
PAULO ROBERTO RIZZO  
- OFICIAL INTERINO -  
C.P.F. 018.618.182/99



113-2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNAT

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

*Antonia Aparecida Rodrigues*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.934.976-7

DATA DE EXERCÍCIO 29/MAR/2000

NOME ANTONIA APARECIDA RODRIGUES

FILIAÇÃO MARIA RODRIGUES FILHA

NACIONALIDADE PEDRA BRANCA - CE

DOC ORIGEM PEDRA BRANCA - CE

DATA DE NASCIMENTO 08/MAR/1977

CPF 111.111.111-11

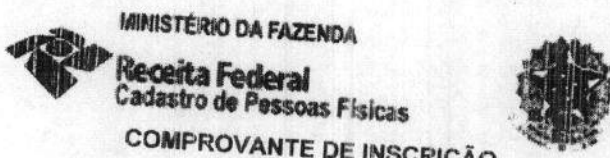
BIACHÃO DO BANANAL

CN=LV:4010/FLS.227 /N.005054

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 110 DE 29/03/03

99



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
 Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**064.137.643-09**

Nome  
**ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA**

Nascimento  
**27/12/1997**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**5C32.9112.75EF.2D51**

A autenticidade deste comprovante deverá  
 ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às **08:59:42** do dia **24/08/2011** (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: **00**

23



de inscrição  
**61206006**

**DADOS DO CLIENTE**

Nome: ANTONIA A RODRIGUES  
 End. Leitura: RU PEDRO DE M. G. PÓS. 00620 CS-28  
 Cidade: MARRACANAU  
 End. Entrega: CEP: 61900-000  
 Cidade: CEP:  
 BLOCOS: Residenciais 001 | Comerciais 001 | Industriais 000 | Públicos 000

**INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor/Letor	Leitura Ant.	Leitura Atual	Vol. (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	91.F047129	57	64	7	7

**DATAS DAS LETURAS**

Leitura Atual: 26/01/2011  
 Leitura Anterior: 27/12/2010  
 Encerrado: 29/01/2011  
 Próxima Leitura: 25/02/2011

**QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:**

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Flor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Enchidos	109	32	32	18	109	109
Análises	121	121	121	20	121	121
Em conformidade	101	101	101	00	121	121

**MANEJAMENTO/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

DEBEM, NA MINHA CASA NÃO. DUVIDAS: 0800.880600.  
 CONSUMO COBRADO PELO MINIMO DA LIGACAO

CONSTATAMOS DEBITO DE R\$ 12,35. CASO FASE DESCONSIDERAR.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	12.00	JAN/10	0	
MULTA DE 2%	0.23	FEB/10	0	
JUROS 0.033% DIA	0.02	MAR/10	0	
		ABR/10	2	
		MAI/10	6	
		JUN/10	6	
		JUL/10	6	
		AGO/10	6	
		SET/10	6	
		OCT/10	6	
		NOV/10	6	
		DEZ/10	7	

**Tributos sobre o Aturamento**

Descrição	Valor (R\$)

**SUBSIDIO**

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	14.32
VALOR DO SUBSIDIO	1.27
<b>VALOR TOTAL A PAGAR</b>	<b>15.05</b>

MÊS/ANO  
**01/2011**

VENCIMENTO  
**10/02/2011**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**15.05**

Facilite a cobrança de sua dívida, apresentando este boleto em seu estabelecimento comercial ou residência. Outros pontos de atendimento: Cagece e Agência. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Atente-se para este serviço somente se sua agência.

A obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece (Resolução 25, Art. 4º, 5º, 6º e 7º - ARCE).

Para mais informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou no e-mail: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Entidade Reguladora: Fortaleza: ACPOR - Agência de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: CAGECE 2003 1919 - 3º Localidade: ARCE - Agência Reguladora do Saneamento Público do Estado do Ceará: 0800 275

**DOC. 2**  
**(DECLARAÇÃO**  
**DE POBREZA)**



## DECLARAÇÃO

### DECLARANTE:

Nome: ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA – REPRESENTADO POR: ANTONIA APARECIDA RODRIGUES (MÃE)		Nacionalidade: Brasileira	
Estado Civil: Solteira	Profissão: Do Lar	RG: 368349767	
CPF: 303.400.818-05	Residência: Rua- Pedro de Paula Barros,28		
Bairro: Colônia	Cidade / UF Maracanaú/ CE	CEP: 61.900-000	Fone: (85) 85-8507-7187

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

*Por ser expressão da verdade, firmo a presente.*

Fortaleza (CE), 14 de março de 2012

Antonia Aparecida Rodrigues



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ..... *Antônia Aparecida Rodrigues*  
 Loc. Nasc. .... *Pedre Branca - CE* Data *08.03.1977*  
 Filiação ..... *Marcos Rodrigues F. R. C.*  
 Doc. n° ..... *C.N. 5.054 fl. 227 n° A-10*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. n° .....  
 Exp. em ..... Estado .....  
 Obs. .... *12.05.99*  
 Data Emissão ..... *12.05.99*



*Cláudio C. de D. Renzulli*  
 DRT  
 CLÁUDIO C. DE D. RENZULLI  
 R.G. 12554328  
 Emissor de CTPS

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.  
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.  
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.  
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.  
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.  
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.  
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.  
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.  
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.  
 Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.  
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.  
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.  
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.  
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.  
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.  
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO  
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número ..... *2024* ..... Série ..... *263/58*



*Antônia Aparecida Rodrigues*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

fls. 26  
*26*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

Empregador.....  
 F.A.Z. DA SETE LAGOAS AGRICOLA S/A  
 CGC/MF..... 02 746 410/0001-90  
 Rua..... Faz. Sete Lagoas s/nº  
 Município..... MOGI GUAÇU Est. SP  
 Esp. do estabelecimento..... CIDAD. CULTURA  
 Trabalho em Fútil  
 Cargo..... CBO nº..... 6.35-10  
 Data admissão..... de..... de 19.....  
 Registro nº..... R. Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada.....  
 com base pagamento semanal.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º..... 2º.....  
 Data saída..... de..... de 19.....  
 Fazenda Sete Lagoas Agrícola S/A  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º..... Samuel Costa  
 Procurador  
 Com. Dispensa CD Nº.....

EMPRESA: Rio Verde Prestacao de Serv Rurais SC Ltda  
 CBO/MF..... 01.802.152/0001-87  
 ENDEREÇO: João de Souza Barreto no. 12 - Centro  
 MUNICIPIO: Iracemaópolis - Estado Sao Paulo  
 CARGO...: Serviços Gerais da Lavoura - CBO: 63150  
 DATA ADMISSÃO: 03 de FEVEREIRO de 2003  
 FICHA Nº..... CODIGO: 188 3

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: QUANDO P/HORA MINIMO RURAL  
 QUANDO POR PRODUÇÃO - APURAR

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

**DOC. 3**  
**(BOLETIM DE**  
**OCORRÊNCIA Nº**  
**204-2914/2011)**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 204 - 2914 / 2011

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/04/2011 11:33:20**  
Data / Hora da Ocorrência : **13/04/2011 11:00:20**  
Endereço da Ocorrência: **R PEDRO DE PAULA BARROS 268**  
**COLÔNIA MARACANAU /CE**  
Ponto de Referência:

Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE QUE NO DIA E LOCAL SUPRA MENCIONADO SUA FILHA ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA, MENOR DE IDADE, FOI COLHIDA PELA MOTO HONDA FAN, COR VERMELHA, PLACA NUQ 8333; QUE A MESMA SOFREU VÁRIAS LESÕES PELO CORPO. E NADA MAIS DISSE!!!!!!!!!!!!

Noticiante(s)

Nome : **ANTONIA APARECIDA RODRIGUES**  
Endereço : **R PEDRO DE PAULA BARROS 28**  
Bairro : **COLÔNIA**  
Município/UF : **MARACANAU CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAU**  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: [Assinatura]  
MATRÍCULA: **198211-1-0**  
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonia Aparecida Rodrigues  
VISTO DO DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_

3101-2830 (RAFAEL)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEANDRO DA SILVA TADDEO, liberado nos autos em 21/10/2014 às 10:58. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0907727-23.2012.8.06.0001 e código 15664C2.

30

**DOC. 4**  
**(ATESTADOS E**  
**RELATÓRIOS**  
**MÉDICOS)**

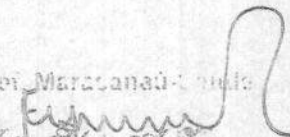


Secretaria de Saúde de Maracanaú  
SOS Ambulância

## CERTIDÃO NEGATIVA

- Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SOS Ambulância de Maracanaú prestou atendimento ao Sr. ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIRA, Registro de Nascimento N.5.030 FL.232-V, Livro A N. 053, Expedição 10/05/1999 filha de PAULO CEZAR TEIXEIRA LIRA e de ANTONIA APARECIDA RODRIGUES, nascida em 27/12/1997, natural de Pedra Branca - Ceará, residente a rua Pedro de Paula Barros, n. 28 - Colonia Antonio Justa - Maracanaú - Ceará. O qual na data de 13/04/2011, por volta das 11:24h, foi vítima de acidente de trânsito (ATROPELAMENTO) A vítima foi conduzida ao Setor de Urgência e Emergência do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - Maracanaú - CE.
- Em anexo, cópia da Ficha de Atendimento do SOS Ambulância.
- Em tempo, ratificamos o n. da casa, onde se ler 268 o correto e n. 28

MARACANAÚ, 18 ABRIL 2011

Prof. Maracanaú - Ceará  
  
 Dr. João Elísio de Holanda  
 Coord. SOS Ambulância

Telefone de Emergência Nº 08007270077

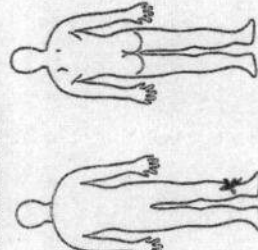
1. DATA 13/04/11 2. ENDEREÇO Rua Pedro de Paulo Barros 268  
 4. SEXO Masc. 5. IDADE 13a 6. BAIRRO Colônia

7. NOME Antônia emila Rodrigues Lima  
 8. C. EXTERNAS  
 8.1  Vômitos  
 8.2  Dor Intensa  
 8.3  Desidratação  
 8.4  Tontura  
 8.5  Vômitos  
 8.6  Hipertensão  
 8.7  Agitação  
 8.8  Intolerância alimentar  
 8.9  F. Lacrimoso-contusão  
 8.10  F. B.  
 8.11  F. F.  
 8.12  T. Suicídio  
 8.13  Choque Elétrico  
 8.14  Queimadura  
 8.15  Afogamento

10. C. OBSTÉTRICAS  
 10.1  Aborto  
 10.2  STV  
 10.3  Parto  
 10.4  Complic. Pós Parto  
 10.5  Outros  
 11. C. PSICQUIÁTRICAS  
 11.1  Crises  
 11.2  Transferências

12. AVALIAÇÃO INICIAL  
 A - VIAS AÉREAS  
 Pálidas  Obstruídas  
 C - CIRCULAÇÃO  
 Pálida  Cianótica  
 Úmida  Ictérica  
 Normal  Ausente  
 Regular  Irregular  
 Sim  Não  
 Sinais Principais Lesões  
 P. Arterial 100 x 60 Pulso As O 5  
 13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVDN  
 Alerta  Responde a Estímulos verbais  
 Responde a Estímulos físicos  Responde a Estímulos dolorosos  
 AO  + RV  + MFM

14. ESCALA DE GLASGOW  
 15. ESCALA DE TRAUIMA  
 16. PRINCIPAIS LESÕES  
 Laceração  Edema  
 Abrasão  Amputação  
 Hematoma  Arterial  
 Contusão  Dor  
 Queimadura



17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS  
 Anterior  
 1  Apnéia  
 2  Amnésia  
 3  Agitado  
 4  Bradicardia  
 5  Bradíglomia  
 6  Choro  
 7  Cianótico  
 8  Cefaléia  
 9  Dispnéia  
 10  Dor  
 11  Hálito Eitico  
 Posterior  
 23  Palidez  
 24  Sudorese  
 25  Statorréia  
 26  Taquicardia  
 27  Taquipnéia  
 28  Otorragia  
 29  Rinorragia  
 30  Paralisia

18- PROCEDIMENTO REALIZADO  
 1  Hemostasia por compressão  
 2  Colar Cervical  
 3  KED  
 4  Imobilização de Membros  
 5  Prancha Longa  
 6  Ventilação Mecânica  
 7  Intubação  
 8  Limpeza de Ferida com Soro Fisiológico  
 9  Massageio Cardíaca Externa  
 10  Monitorização Cardíaca  
 11  Oximetria do Pulso  
 12  Punção Venosa  
 13  Punção Intra-Ossia  
 14  Ventilação com Válvula de Demanda  
 15  Ventilação Boca-Máscara  
 16  Ventilação com resuscitador Manual

19. HISTÓRIA "AMPLA"  
 1  Alergia  
 2  Medicamentos  
 3  Doenças  
 4  Última Refeição  
 5  Ambiente

20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS  
 1. Quantidade  
 2.1 2.1  
 2.2 2.2  
 2.3 2.3  
 2.4 2.4  
 2.5 2.5

21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS  
 2. VOLUME  
 2.1 2.1  
 2.2 2.2  
 2.3 2.3  
 2.4 2.4  
 2.5 2.5

22. DESTINO  
 1.  Liberado  
 2.  Óbito  
 3.  Recusa Hospital  
 4.  Hospital  
 23. DESTINO  
 1.  Liberado  
 2.  Óbito  
 3.  Recusa Hospital  
 4.  Hospital

24. CLIENTE ACOMPANHADO  
 SIM  NÃO  
 25. OBSERVAÇÕES  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Prof. Marcellina Leite  
 Coord. SOS Ambulância

PLANTONISTA  
 Enfermeiro(a) / COREN-CE Marilândia Médico / CRM Emanuel  
 Auxiliar de Enfermagem Antônia da Silva Ribeiro RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE  
Antônia da Silva Ribeiro  
 OBS.: cliente consciente orientada apresentando fratura exposta.

33



HOSPITAL MUNICIPAL  
DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA  
Núcleo de Emergência  
SPA/SPI - Serviço de Pronto Atendimento



PREENCHIMENTO PELA ENFERMEIRADA

**FICHA DE ATENDIMENTO**  
(PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)

DATA: 13/04/11 N° ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

HORA: 11:30 TURNO: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: Antônia Camila Rodrigues Lima Natural de: \_\_\_\_\_

Idade: 33 A Est. Civil: Solteira Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: Dua. Pedro de Paula Barros Nº 28 Colônia

Procedência: \_\_\_\_\_ Nome de Mãe: \_\_\_\_\_

OCCORRÊNCIAS

**RESUMO DO ATENDIMENTO MEDICO**  
(PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)

DIAGNOSTICO PROVISORIO E DEFINITIVO  
(COMPLEMENTAR NO CASO DE ACIDENTE E COLISÃO) CÓDIGO

HISTORIA CLINICA / HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:  
Venceu em levantamento no MT 680, vítima de acidente automobilístico a/ fratura de Tibia / Fíbula

OUTROS DIAGNÓSTICO:  
Gen. D / Azule

CAUSA DA LESÃO: \_\_\_\_\_

PEQUENA CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_

MEDICO: Leandro Leonetti CRM: \_\_\_\_\_ HORA DO ATENDIMENTO: 11:30

MENSAGENS

**ORIENTAÇÃO NA ALTA**

ORIENTAÇÃO MÉDICA: \_\_\_\_\_ HOSPITAL QUE FOI REMANEJADO: \_\_\_\_\_

1 ( ) INTERNAÇÃO HHJH  
2 ( ) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL  
3 ( ) RESIDÊNCIA  
4 ( ) ÓBITO NO SPA  
5 ( ) ALTA A PEDIDO  
6 ( ) RÁDIO-SE  
7 ( ) ÓBITO DOMICILIAR  
8 ( ) ENCAMINHADO PARA AMBULATÓRIO  
9 ( ) INDICIPLINA

TRANSFERÊNCIA: MEIOS PRÓPRIOS ( ) OUTROS ( )  
SOS MARACANAÚ ( )

**CONDUTA EM CASO DE ÓBITO**

( ) DEFINIDO - (INDIQUE A CAUSA) DATA: \_\_\_\_\_  
( ) MAL DEFINIDO - (ENCAMINHAMENTO) ( ) INST. MÉDICO LEGAL HORA: \_\_\_\_\_



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEANDRO DA SILVA TADDEO, liberado nos autos em 21/10/2014 às 10:58. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.jfsc.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0907727-23.2012.8.06.0001 e código 15664C2



ABEMP - ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA  
SISTEMA DE RECEPCAO HOSPITALAR - VERSAO 07.08.46  
ANAMNESE DO PACIENTE - EXTERNOS

DATA...: 13/04/2011  
HORA...: 13:45:01  
PAGINA: 1

PRONTUARIO...: 00191537 IDADE: 13a3m17d  
PACIENTE...: ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIMA  
FONE...:  
ENDEREÇO...: RUA PEDRO DE PAULA BARROS N.28 UF: CE  
CIDADE...: MARACANAÚ BAIRRO: COL ANTONIO JUSTA

ATENDIMENTO ATUAL: 00537431 Registro: / Data: 13/04/2011 - 13:44:40

MEDICO...: 033600-JULIO PARENTE ORIGEM: 10 - AMBU TRAUMAORTOP  
PROCEDIMENTO...:  
CONVENIO...: 002 - AMBULATORIO SUS - SI ATENDENTE: 0172 JARDENIA GOMES DE.  
ALM  
UNIDADE...: 0000 LEITO: 0000

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DRR MA PCERM E

DESCRICAO SUMARIA DO EXAME CLINICO:

Fratura dos ossos da PCERM E

EXAMES SOLICITADOS:

RX PCERM E AP/A

DIAGNOSTICO:

FRATURA OSSOS PCERMA CID E

PROCEDIMENTO:

IMobilização

CODIGO:  
ESPECIALIDADE:

NATUREZA DO ATENDIMENTO:

- |               |                     |                       |
|---------------|---------------------|-----------------------|
| 1. CLINICO    | 5. FISIOTERAPEUTICO | 9. PRE-NATAL          |
| 2. CIRURGICO  | 6. ODONTOLOGICO     | 10. RADIOLOGICO       |
| 3. OBSTETRICO | 7. TRAUMATOLOGICO   | 11. ANALISES CLINICAS |
| 4. PEDIATRICO | 8. ORTOPEDICO       | 12. ULTRASONOGRAFIA   |

REPETICAO DO ATENDIMENTO: SIM NAO NO DE VEZES URGENCIA:

*[Handwritten signature]*  
ASS. DO MEDICO  
rumatologia - Ortopedia  
CEM 3160 CPF 740764938-34

*[Handwritten signature]*  
ASSINATURA DO PACIENTE

CONFERE C/ ORIGINAL  
ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA  
DE PAJUCARA - ABEMP  
Rua João Corrado Nº303  
Pajucara - CEP: 51941-330  
MARACANAÚ

35



# FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

UBASF \_\_\_\_\_

AVISA \_\_\_\_\_

Nome: Autônia Assis Patrícia Lima Pront. Familiar: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F Data de nascimento:    /    /    Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Referência para atendimento:  Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico  
 Motivo do Encaminhamento: Pront. de fraturas no M.E.S.

Resultado de exames já realizados: \_\_\_\_\_

Conduta já realizada: PK sem alívio

Impressão diagnóstica: Fratura em assoles (Tibia / Fíbula)

Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Função: \_\_\_\_\_ Data: 13/04/11 Hora: 12:00h

## AGENDAMENTO

Unidade de Referência: ABEMARACANAÚ Data: 13.04.11 Hora: 12:00h  
 Especialidade: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_  
 Município: P.B.M.O. Autorização: \_\_\_\_\_

## RESUMO DO ATENDIMENTO DE REFERÊNCIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Prontuário ou Registro: \_\_\_\_\_ Data de Alta: \_\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico / Obstétrico: \_\_\_\_\_

Resultado de exames importantes para o diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 1: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Secundário 2: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Proposta de Conduta para Seguimento: \_\_\_\_\_

**CONFERE C/ ORIGINAL**  
**ASSOCIAÇÃO BENEFACTORIA DE PAJUÇARA - ABEMP**  
 Rua José Corrêdo N° 363  
 Pajuçara - CEP: 61.910-000  
 MARACANAÚ - CE

Assinatura do Consultante - nº Registro \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

(\*) Preencher em duas vias entregando uma ao usuário  
 (\*) Utilizar também como resumo de alta

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEANDRO DA SILVA TAPDEO, liberado nos autos em 21/10/2014 às 10:58. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.jfpe.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0907727-23.2012.8.06.0001 e código 15664C2

2-236

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ABEMP - ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA COC: 06.578.611/0001-06	12372150
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
ABEMP - ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA COC: 06.578.611/0001-06	12372150

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - NR DO PRONTUARIO
ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIMA	100191537
7 - CARTAO NACIONAL SUS / DOCUMENTO	8 - DATA NASC
/ RD : 2	27/12/1997
9 - SEXO	10 - NOME DA MAE OU RESPONSAVEL
11 - TELEFONE CONTATO	ANTONIA APARECIDA RODRIGUES
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13 - MUNICIPIO
RUA PEDRO DE PAULA BARRIS N, 28	PARACANAU
14 - IBGE	15 - UF
1230765	PE
16 - CEP	17 - CID 10 PRINCIPAL
61.930-350	

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

*Paciente portadora de fraturas dos ossos da perna e*

18 - CONDICÖES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

*Necessam cirurgia*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

*RX*

20 - DIAGNOSTICO INICIAL

*FRATURAS DOS OSSOS*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDARIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*TRAM LAO O CURETIVO*

25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

26 - LEITO/CLINICA

27 - CARATER

28 - DOCUMENTO

29 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITACAO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (No REGISTRO DO CONSELHO)

*Julio Parente*  
Ortopedia  
CRM 3360 CPF 740764938-34

33 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO

34 - ( ) ACID. TRABALHO TIPICO

35 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - No. DO BILHETE

38 - SERIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VINCULO COM A PREVIDENCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

43 - COD ORGAO EMISSOR

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

46 - No DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL ATORIZADOR

47 - No. DA AUTORIZACAO INTERNACAO HOSPITALAR ( AIH )

48 - ASSINATURA E CARIMBO (No DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE C/ ORIGINAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA - ABEMP  
Rua João Conrado Nº388  
Pajucara - CEP. 01.941-390

*Assinatura*

ABEMP ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA DE PAJUCARA  
SISTEMA DE RECEPCAO HOSPITALAR - VERSAO 07.08.46  
ANAMNESE DO PACIENTE - INTERNADOS

DATA.: 13/04/2011  
HORA.: 14:28:17  
PAGINA: 1

BOLETIM DE ADMISSAO

Nome.: ANTONIA CAMILA RODRIGUES LINA Prontuario.: 00191537  
Clinica.: TRAUMATOLOGIA Nº Atend.: 00337435  
Endereço.: RUA PEDRO DE PAULA BARROS N,28 UF:CE  
Bairro.: COL ANTONIO JUSTA Cidade:MARACANAU

ATENDIMENTO ATUAL: 00537435 Registro: 071670/85 Data: 13/04/2011 - 14:27:42

MEDICO.: 033600-JULIO PARENTE ORIGEM: OJ - PAVILHAO "A"  
PROCEDIMENTO.: -  
CONVENIO.: 001 - INTERNACAO SUS - SIH ATENDENTE: 0169 JOABE SILVEIRA DE  
SOU  
UNIDADE.: 0004 - UNIDADE "A" ENF-04 LETTO: 0004 - PV-A ENF-4

RESUMO DE TRATAMENTO

DATA DE ADMISSAO: / / HORA DE ADMISSAO: # #  
DATA DE ALTA: / / HORA DA ALTA: # #

RESUMO DA HISTORIA CLINICA E EXAME FISICO:

*Dr. Gilson de F. Rodrigues*  
*MA PCOMA E*

DIAGNOSTICO PROVAVEL.:

*FRACTURA OSSOS PCOMA E*

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.:

*O UGSAO*

CONDICOES DE ALTA: [ ] CURADO [ ] A PEDIDO [ ] MELHORADO [ ] INALTERADO  
[ ] TRANSFERIDO  
[ ] OUTRA

MARACANAU, Dr. Julio Parente  
Traumatologia - Ortopedia  
CRM: 1320 CEP: 740764938-34  
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO - CRM  
(NOME LEGIVEL)

CONFERE C/ ORIGINAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE MEDICA

DE PAJUCARA - ABEMP

Rua João Conrado Nº363

Paçara - CEP: 61.641-330

38

O CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

ANESTESIA - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS)

- I - DOR NA DORSAL
- II - ANTISSERUM + AN. DORSAL
- III - REDUÇÃO AO FORTA  
e FIXAÇÃO E PÓS-  
OP. EXTENSA.
- IV - SUTURA DA FERIDA.
- V - C/ASOM + RX

Assinatura e Carimbo do Anestesiologista

Data

Relatar as causas que justificarem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

CONFERE C/ ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA  
 DE PAJUÇARA - ABEMP  
 Rua João Corrado Nº 399  
 Pajuçara - CEP: 01.941-330  
 MARACANAÚ-CE 2504 U

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Convênios: SIM/SUS - INAMP'S

Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú - Ceará  
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Fone: (85) 3215.3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO			
13/04	ANTONIA CAMILA RODRIGUES LIMA	OPERAÇÃO DE	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA E
14/04	Paciente no 1º P.O.	de boa evolução	Dr. Julio Parente RumatoLOGIA - Ortopedia CRM 3360 CPF 740764938-34
15/04	Paciente no 2º P.O.	de boa evolução	Dr. Julio Parente RumatoLOGIA - Ortopedia CRM 3360 CPF 740764938-34
16/04	ALTA HOSPITALAR	de boa evolução	Dr. Julio Parente RumatoLOGIA - Ortopedia CRM 3360 CPF 740764938-34

39

CONFERE C/ ORIGINAL

40

Nome Completo da Vítima: Antônia Emília Rodrigues Lima N° Sinistro: \_\_\_\_\_

DECLARAÇÕES MÉDICAS

Data do Acidente: 13/04/2011 Data do Início do Tratamento Médico: 13/04/2011

Nome Completo do Médico e CRM: Dr. Manoel Salomão Almeida Fco. Manoel Salomão Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 4422

Lesões Resultantes do Acidente:  
fraturas expostas das ossas da mão esquerda  
CID - S82.2

Tratamento Realizado (Datas):  
internamento cirúrgico com fixação definitiva.

Existe Alguma Deficiência ou Doença Pré-existente? [ ] SIM [X] NÃO, se SIM, descrever:

A Invalidez Constatada é ( ) Temporária ou (X) Permanente

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar Órgão, Membro ou Sentido atingido)

Segmento Anatômico ou Órgão Atingido	Grau de Invalidez (%)
1º <u>CRANIO</u>	
2º <u>DEFORMIDADE E EDEMA CILÍNDICO</u>	
3º <u>MONOMELIA GLAUCOMA E</u>	
4º <u>COM PRIMEIRO NÍVEL FUNCIONAL DO</u>	
5º <u>MEMBRO AFETADO.</u>	

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NESTA DATA E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Joazeiro PE 31, DE 07, DE 2011 Al Salomão  
LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO(MÉDICO)  
Fco. Manoel Salomão Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 4422

ANEXAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ Antônia Emília Rodrigues  
ASSINATURA DA VÍTIMA

**DOC. 5**  
**(EXTRATO DE**  
**PROCESSO**  
**ADMINISTRATIV**  
**O)**



42

**DETALHES DO PROCESSO**

Número Sinistro: 2011/404423      Garantia: 02 - Ipa / Invalidez  
 Categoria: 09 - Moto / Motocicleta  
 Data Sinistro: 13/04/2011      Data Recepção: 06/10/2011      Data Rateio: 04/11/2011  
 Seguradora: MBM - Seguradora      Angariador: Fort Seguros  
 Preparador: Flavia baptistão  
 Analista: Luciana Verissimo de Souza  
 Situação: Pago  
 Filial: MBM Serviços de Seguros

**DATAS DE ENVIO**

Data de Envio: 20/10/2011      Nº Carta: 310

**VÍTIMAS**

Vítima: Antonia Camila Rodrigues Lira      Estado: CE  
 Endereço: Pedro de Paula Barros, 28,0 - Colônia Francisco Antônio - Maracana - CE - CE  
 Cep: 61900-000  
 Telefone:

**DOCUMENTOS**

Descrição: 1. Número de conta na autorização de pagamento  
 Data da Solicitação: 07/10/2011      Data Recepção: 19/10/2011

**NEFIICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Beneficiário: O MESMO  
 CPF/CNPJ: 30340081805  
 Data Pagamento: 03/11/2011      Data Rateio: 04/11/2011  
 Agência: 1961      Conta Corrente: 35372-8  
 Banco: Caixa Econômica      Tipo Conta: Poupança  
 Valor Indenização: 2.362,50      Valor Pleiteado: 13.500,00  
 Diferença: 11.137,50  
 Valor Reanálise IPA: 0,00

**CORRETORA**

Código: 1  
 Nome: Fort Seguros  
 Responsável: Luis roberto  
 Endereço: av francisco sa 3572  
 Telefone: (85) 8717-1188  
 E-mail: fortsegurosdprivat@hotmail.com

**PROCURADOR**

Procurador:  
 CPF:  
 Data Nascimento:

43

**DETALHES DO PROCESSO**

Número Sinistro: **2011/404423**      Garantia: **02 - Ipa / Invalidez**  
 Categoria: **09 - Moto / Motocicleta**  
 Data Sinistro: **13/04/2011**      Data Recepção: **06/10/2011**      Data Rateio: **04/11/2011**  
 Seguradora: **MBM - Seguradora**      Angariador: **Fort Seguros**  
 Preparador: **Flavia baptistão**  
 Analista: **Luciana Verissimo de Souza**  
 Situação: **Pago**  
 Filial: **MBM Serviços de Seguros**

**DATAS DE ENVIO**

Data de Envio **20/10/2011**      Nº Carta **310**

**VÍTIMAS**

Vítima **Antonia Camila Rodrigues Lira**      Estado **CE**  
 Endereço: **Pedro de Paula Barros, 28,0 - Colônia Fátima - Maracana - CE - CI**  
 Cep: **61900-000**  
 Telefone

**DOCUMENTOS**

Descrição **1. Número de conta na autorização de pagamento**  
 Data da Solicitação **07/10/2011**      Data Recepção **19/10/2011**

**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Beneficiário **O MESMO**  
 CPF/CNPJ **30340081805**  
 Data Pagamento **03/11/2011**      Data Rateio **04/11/2011**  
 Agência **1961**      Conta Corrente **35372-8**  
 Banco **Caixa Econômica**      Tipo Conta **Poupança**  
 Valor Indenização **2.362,50**      Valor Pleiteado **13.500,00**  
 Diferença **11.137,50**

*Antonia Camila Rodrigues Lira*

**CORRETORA**

Código **1**  
 Nome **Fort Seguros**  
 Responsável **luis roberto**  
 Endereço **av francisco sa 3572**  
 Telefone **(85) 8717-1188**  
 E-mail **fortsegurosdpvt@hotmail.com**

**PROCURADOR**

Procurador  
 CPF  
 Data Nascimento

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LEANDRO DA SILVA TADDEO, liberado nos autos em 21/10/2014 às 10:58. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0907727-23.2012.8.06.0001 e código 15664C2.